

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



354358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/08		4-Data de Autorização 10/09/09		5-Santa AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7775821		7-Data Validade da Santa 08/11/12	
8-Número da Carteira 0020253100210000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LUIZ RODRIGO ANTUNES MARTINS											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano LUIZ RODRIGO ANTUNES MARTINS											
16-Adiantamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		18-Número no CRO 19231		19-LUF PR		20-Código CRO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX () 85100218	
21-Código na Orazada / CRO / CPE 05895575994		22-Nome do Contratado Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231		24-LUF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231		28-LUF PR		29-Código CRO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denome Regio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	08/03/20		
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	08/03/20		
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	08/03/20		
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	08/03/20		
5-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	OMV	1	1	12,00	0,00		S	08/03/20		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/03/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 262,00	47-Valor Totál R\$ 0,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

03/03/20

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

03/03/20

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/03/20

53-Data Local e Carimbo da Empresa

03/03/20

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231